

Formulario de Historial Médico General: Adulto

Nombre:		Fecha:		N° de GHC:	
Teléfono de la casa: ()		Teléfono del trabajo: ()		e-mail:	
Fecha de Nacimiento:		Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro			
Nombre de soltera/Otros nombres: (1)		(2)		(3)	
Profesión:			Empleador:		
Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte/Esquimal <input type="checkbox"/> Asiático/Nativo del Pacífico Insular <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multi-Racial					
Idioma de preferencia:			Necesidades y preferencias culturales:		
Contacto de emergencia 1:		Relación:	Casa: ()	Trabajo: ()	
Contacto de emergencia 2:		Relación:	Casa: ()	Trabajo: ()	
Alergias (Adjunte una lista si necesita más espacio):			Asuntos a tratar durante su cita hoy:		
Medicamentos (Adjunte una lista si necesita más espacio):					
Mujeres: Último examen de Papanicolaou: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Menopausia/Histerectomía _____ Última regla: _____ Frecuencia de la Menstruación: Cada ____ días ¿Cuántos días dura?: ____ Síndrome premenstrual: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolores menstruales: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Severos					
Uso del tabaco: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Nunca Otros tipos de tabaco: <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Rapé <input type="checkbox"/> Puros <input type="checkbox"/> De mascar <input type="checkbox"/> Paquetes de cigarrillos al día: _____ ¿Cuántos años?: _____ Fecha en que dejó de fumar: _____ Comentarios: _____ ¿Hay alguien en la casa que use tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Uso de drogas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces por semana?: _____ <input type="checkbox"/> Drogas Intravenosas Comentarios:					
alud sexual: Parejas: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos Activo/a Sexualmente: <input type="checkbox"/> No en la actualidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha/diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual: _____ _____ Síntomas de desecho, picazón o lesiones: _____ _____		
Método de contracepción: <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Esponja <input type="checkbox"/> Píldora <input type="checkbox"/> Inserción <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Espérmica <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Otro:					
Uso de alcohol: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí [Cerveza ____ Cuántas/Semana] [Vino ____ Copas/Semana] [Bebidas fuertes ____Tragos/Semana] ¿Con qué frecuencia tomó alcohol el año pasado? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Cada mes o menos <input type="checkbox"/> 2-4veces/mes <input type="checkbox"/> 2-3veces/semana <input type="checkbox"/> 4 o más/sem. ¿Cuántas bebidas alcohólicas tomó en un día típico el año pasado? <input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 o más ¿Cada cuánto tomó por lo menos 6 bebidas alcohólicas en una sola ocasión el año pasado? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos que mensualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada día o casi cada día					
Violencia doméstica: La violencia puede ser un problema en la vida de muchas personas; por eso ahora les preguntamos a todos los pacientes acerca de trauma o abuso que tal vez han experimentado en una relación. ¿Usted se siente seguro/a en su relación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Ejercicio: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: (Si contesta sí, ¿qué tipo de ejercicio?: _____) ¿Cuántos días por semana? __ ¿Cuántos minutos por semana? __					
Actividades de la vida diaria/diversas: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si no ha habido ningún cambio desde la última vez que usted completó este formulario Sigue una dieta especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Armas en su casa: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Servicio militar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Preocupación sobre el sueño: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Usa casco para ciclistas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Preocupación sobre el peso: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Usa el cinturón en el carro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Realiza auto-exámenes: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Exposición ocupacional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Otra:					

